

Utveksling av helsepersonell mellom Bergen og Zanzibar

Samarbeid mellom Haukeland universitetssykehus og Mnazi Mmoja sykehus på Zanzibar har pågått i flere år. Leger og sykepleiere fra Bergen har nå reist til Zanzibar, og helsepersonell fra Zanzibar har også vært i Bergen. Vi forteller her om erfaringene vi har gjort oss på Zanzibar så langt.

Trond Engjom

trond.engjom@helse-bergen.no

Medisinsk avdeling
Haukeland universitetssykehus

Kristoffer Brodwall

Barneavdelingen
Haukeland universitetssykehus

Hilde Marie Engjom

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Kristine Mørch

Medisinsk avdeling
Haukeland universitetssykehus

Regionen er delvis selvstyrt, med egen president, eget parlament og egne departementer for de viktigste innenriksfunksjonene. Helse Bergen har inngått en femårig samarbeidsavtale med Mnazi Mmoja sykehus på Zanzibar og første runde av utveksling i fagområdene pediatri og indremedisin er nettopp gjennomført. Tre leger og tre sykepleiere reiste fra Norge og en lege, en «clinical officer» og to sykepleiere kom fra Zanzibar til Bergen. Utvekslingsperiodene varte 5–9 måneder. I tillegg arbeidet to overleger i pediatri fra Helse Vest i kortere perioder ved sykehuset på Zanzibar. Vi forteller i denne artikkelen om de norske deltakernes erfaringer.

Samarbeid med Fredskorpset

Det er mange premissleverandører for norsk bistandssatsing og FNs åtte tusen-



Zanzibar er en del av den forente republikken Tanzania og består av hovedøyene Unguja og Pemba. Øyene ligger i Indiahavet, to timer med hurtigbåt øst for Dar-es-Salaam.



Mnazi Mmoja Hospital, Stone Town, Zanzibar – tertiærsykehus for Zanzibar med ca. 400 senger. Foto Trond Engjom

Tabell 1 Viktige helseindikatorer med definisjoner og tall for Zanzibar (6–9). SD = standardavvik fra referansepopulasjonen

Helseindikator	Definisjon	Zanzibar
Stunting	< -2 (moderat) og < -3 (alvorlig) SD fra median høyde for alder hos barn < 5 år	30 %
Wasting	< -2 (moderat) og < -3 (alvorlig) SD fra median vekt for høyde hos barn < 5 år	20 %
Underernæring	Moderat underernæring: -2 til -3 SD fra median vekt for alder. Alvorlig underernæring: Alvorlig stunting, wasting og/eller ødemer (barn < 5 år)	Moderat 9 % Alvorlig 0,69 %
Basic needs poverty	Andel av befolkningen under den lokalt definerte inntekt som er nødvendig for fysisk velvære i det lange løp	49 %
Under 5-mortalitet	Sannsynlighet for å dø mellom fødsel og 5 års alder (dødsfall per 1 000 levende fødte)	73
Spedbarnsdødelighet	Sannsynlighet for å dø mellom fødsel og 1 års alder (dødsfall per 1 000 levende fødte)	51
Forventet levealder	Det antall år nyfødte barn forventes å leve (menn/kvinner)	58/62 år
Mødre-dødelighet	Antall dødsfall blant fødende kvinner per 100 000 levende fødte barn	288
Hivprevalens hos gravide	Andel hivpositive blant kvinner som møter til svangerskapskontroller	0,5 %

årsmål er retningsgivende for norsk utviklingsarbeid frem mot 2015. Veien videre fastsettes i disse dager (1). I Stortingsmelding nr. 11 (2011–2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken, defineres innsatsområder for norsk utviklingspolitikk frem mot 2020 (2). En stor del av norske bistandsmidler kanaliseres gjennom Fredskorpset, som jobber spesielt med å styrke utveksling mellom institusjoner som arbeider med helseutdanning (3).

Styret i Helse Bergen har ønsket at foretaket skal delta i bistandsprosjekter som har gjensidig nytteverdi (4). I samarbeid med Fredskorpset er målet at prosjektet på Zanzibar skal støtte og forbedre helsetjenester på Mnazi Mmoja sykehus og samtidig bringe verdifulle erfaringer tilbake til Norge.

Økonomi og helse på Zanzibar

For turister kan Zanzibar fremstå som et tropisk paradys, men befolkningens levekår er fortsatt på u-landsnivå. I FNs utviklingsrapport fra 2011 rangeres Zanzibar/Tanzania som nummer 152 av 187 land når det gjelder grad av utvikling (5). Zanzibar har ca. 1,2 millioner innbyggere (2009), befolkningstallet er stigende og en stor andel av befolkningen er under 15 år. Arbeidsmarkedet er stramt, og de fleste er sysselsatt i uformelle næringer. De sosiale støtteordningene er svake. Fattigdom er komplisert å tallfeste, men tallene for underernæring hos barn viser eksempelvis den ytterste konsekvensen av fattigdommen (tab 1) (6).

Helsetjenesten

95 % av innbyggerne på Zanzibar bor mindre enn 5 km fra en helseklinikk, og skulle dermed ha tilgang til grunnleggende helsetjenester (6). Tilgangen til lokale sykehus og hovedsykehuset Mnazi Mmoja er likevel vanskelig, fordi store deler av befolkningen ikke har råd til å betale for transport, sykehustjenester og medisiner. De ulike mål for folkehelse er sammenliknbare med Fastlands-Tanzania, men man må ta høyde for at tallene ikke alltid er helt presise og kan variere fra kilde til kilde. Tallene i tabell 1 er hentet fra statistikk utgitt av Zanzibars helseministerium, UNICEF og WHO (6–9). Zanzibar har korte avstander og begrenset areal, noe som gjør regionen lettere tilgjengelig for prosjekter som skal bedre helsetilbudet. Mange internasjonale organisasjoner jobber her, og de siste årene har det vært rapportert gode resultater innen malariabekjempelse, hivomsorg og tuberkulosebehandling (7). Enkelte kritiske rapporter har dog anført at Zanzibars avhengighet av ekstern kompetanse og finansiering er til hinder for å bygge varige og gode offentlige tjenester i regionen, og at satsing på enkeltområder «stjeler» kompetent helsepersonell fra andre deler av helsetjenesten (6).

Mnazi Mmoja sykehus

Mnazi Mmoja sykehus er det eneste tertiær-sykehuset for Zanzibar, med 546 senger fordelt på tre institusjoner. Hovedsykehuset har 400 senger, Mwembeladu Maternity Home har 36 senger og Kidongo Chekundu Mental Hospital har 110 senger. Sykehuset

har 18 kliniske avdelinger og driver spesialistpoliklinikker innenfor de mest relevante områder. Klinikker for hiv/aids og seksuelt overførbare sykdommer, samt tuberkulose/lepra drives ved hjelp av egne programmer på sykehusområdet. Vi snakker altså om en stor og komplekse institusjon. Bygningene er gamle og enkle. Postene er store fellessaler med primitive sanitærforhold. Muligheter for å isolere pasienter med smittsomme sykdommer er begrenset, og hensynet til pasientenes privatliv er nærmest ikke-eksisterende.

Utdanning av helsepersonell

Zanzibar hadde tidligere ingen legeutdanning og det er stor mangel på kvalifiserte leger. Nylig startet et samarbeid der lærere fra et kubansk universitet driver en femårig legeutdanning. For å oppnå spesialisering må legene fortsatt forlate øya. Vårt inntrykk var at sykehusavdelingene ble drevet av unge leger som tidlig fikk mye ansvar, mens spesialistene var mindre til stede i det daglige kliniske arbeidet.

Tanzania har innført to ytterligere nivåer av klinisk utøvende helsepersonell: «clinical officers» og «assistant medical officers». Den treårige clinical officer-utdanningen gir enkel diagnostisk forståelse og kvalifiserer for jobb som medisinsk assistent på sykehusene. Ved distriktsklinikken og enkelte avdelinger på Mnazi Mmoja sykehus jobber clinical officers selvstendig med diagnostikk og terapeutiske beslutninger. Studiet kan forlenges med to års videreutdanning til assistant medical officer. Assistant medical officers utfører i mange tilfeller avanserte oppgaver som for eksempel keisersnitt eller drift av spesialiserte poliklinikker.

Zanzibar har også en egen sykepleierutdanning. Under vårt opphold opplevde vi at sykepleierens arbeidsbelastning og ansvar var stort, og det var vanlig med én sykepleier pr 40–50 pasienter.

Vårt arbeid på Zanzibar

De første som deltok i samarbeidsprosjektet fra Haukeland universitetssykehussykehus, dro til barneavdelingen og medisinsk avdeling ved Mnazi Mmoja sykehuset.

I tillegg til daglig klinisk arbeid, var oppgaven for denne første gruppen å kartlegge behov og definere arbeidsoppgaver i samarbeid med lokale partnere. Til tross for begrensede swahilikunnskaper var mottakelsen fra de stedlige legene utmerket, og de norske deltakerne ble raskt en del av faglige diskusjoner og beslutningsprosesser.

Sykdomspanoramaet spenner fra eksotisk tropemedisin til tilstander som er mer kjent fra hjemlige trakter. Som følge av gode intervensjonsprogrammer mot malaria, hiv/aids, schistosomiasis og parasittsykdommer ser det ut til at disse infeksjonene er i tilbakegang og panoramaet i endring mot mer generelle infeksjonssykdommer og kroniske sykdom-

mer med komplikasjoner (7). Nedslagsfeltet til sykehuset var likevel stort nok til at vi fikk rikelig kontakt med tropesykdommer. Mulighetene for diagnostikk og behandling skiller seg betydelig fra det vi er vant til i Norge. Å jobbe under slike forhold var både spennende, nyttig og frustrerende. Hode og hender var våre viktigste arbeidsredskaper. Blodprøver og medisiner kunne være tilgjengelige den ene dagen, for så å være utilgjengelige i lengre perioder. Pasientens økonomiske ressurser styrte ofte behandlingen. Medisiner fra den lokale listen over grunnleggende medikamenter, «essential drug list», finansieres av dansk utviklingshjelp (DANIDA). Disse skulle være gratis for inneliggende pasienter, men det gjaldt bare så lenge de var tilgjengelige fra medisinaldepotet. Diagnostikk og behandling utover dette hadde sin pris. Uforsiktig forordning kunne medføre at pasientens familie ikke lenger hadde råd til mat på bordet.

Ved barneavdelingen opplevde vi høy dødelighet, særlig blant nyfødte. Årsaken var ofte tilstander som kunne behandles med enkle midler. Vår erfaring var at anslagsvis 5–10 barn døde hver uke i den perioden vi var ved barneavdelingen på Mnazi Mmoja. Ofte kunne dødsfallene tilskrives dehydrering ved gastroenteritt eller pneumoni. Malaria ble ofte mistenkt ofte, men kunne sjelden bekreftes, til tross for adekvat diagnostikk. Malariaforekomsten på Zanzibar er blitt kraftig redusert de senere årene (10). Mortaliteten blant nyfødte skyldes hovedsakelig tilstander som infeksjoner, ernærings- og respirasjonsvansker, tilstander som kan behandles med enkle midler.

Både medisinsk avdeling og barneavdelingen er avdelinger med store oppgaver og små ressurser. Tilbudet er begrenset sammenliknet med det vi er vant til på tertiærsykehusnivå hjemmefra, og vår erfaring var at det ikke sjelden skjedde dødsfall eller komplikasjoner som følge av ressursmangel.

Sikkerhet og trivsel

Zanzibar er stort sett et trygt sted å oppholde seg. Den politiske situasjonen er fredelig, men livet i Afrika krever likevel forholdsregler med hensyn til sikkerheten. Forskjellene i levekår er store og synlige. Høye murer, kraftige låser og vakter er en nødvendig del av hverdagen. Flere av prosjektdeltakerne fikk oppleve at det er vanskelig å sikre seg helt mot vinningskriminalitet. Helse Bergen åpnet høsten 2012 et bygg med ni leiligheter på Zanzibar for å kunne innkvartere flest mulig av prosjektdeltakerne fremover (11). Dette vil legge forholdene bedre til rette sikkerhetsmessig. Ulempen er faren for mindre kontakt med lokalbefolkningen under oppholdet.

To av deltakerne reiste som familie med to små barn, og barna ble tatt imot med

åpne armer. Det finnes et godt engelskspråklig skoletilbud for barn i skolealder.

Oppsummering

Arbeidsoppgavene for Helse Bergen på Zanzibar er store og krever langsiktig, systematisk involvering av flere faggrupper. Denne første perioden arbeidet vi aktivt med å kartlegge behovet for fremtidig innsats. Minst like viktig som deltakelse i daglige kliniske oppgaver var det å delta i veiledning, undervisning og praktisk trening. Oppbyggingen av en nyfødenhet er det mest konkrete resultatet av samarbeidet. Andre arbeidsområder har vært revisjon av avdelingsrutiner, undervisning av helsefagstudenter, bedring i bakteriologisk diagnostikk og undersøkelser av antibiotikaresistens i blodkulturisolater. Vi har i tillegg til arbeid ved avdelingene som er beskrevet også kartlagt fødeavdelingen og behandling av komplikasjoner ved fødsler. Samarbeidet med sykehusledelsen opplevdes som tilfredsstillende. Med hensiktsmessig prosjektstyring og evaluering burde det ligge til rette for å oppnå gode resultater.

Vi hadde godt faglig utbytte og er mange erfaringer rikere. Oppholdet var imidlertid ikke noen ferie, og besto både av oppturer og nedturer. Tilpasningsevne og innsatsvilje var nødvendige egenskaper. Nå blir utfordringen å engasjere og rekruttere en blanding av helsearbeidere med erfaring og unge, eventyrlystne på jakt etter nye personlige og faglige erfaringer til å videreføre dette arbeidet.

Trond Engjom (f. 1972)

er spesialist i indremedisin og fordøyelsesykdommer og har diplom i tropemedisin fra universitetet i Liverpool. Han har nylig avsluttet et sju måneders opphold som lege i utveksling til Mnazi Mmoja sykehus, Zanzibar. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristoffer Brodwall (f. 1979)

er spesialist i pediatri. Han har nylig avsluttet et åtte måneders opphold som lege i utveksling til Zanzibar. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Hilde Marie Engjom (f. 1974)

er lege i spesialisering i gynekologi/obstetrikk og har diplom i tropemedisin fra universitetet i Liverpool. Hun er stipendiat i forskningsgruppen for Global helse; etikk, økonomi og kultur og leder av Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse. Hun har nylig avsluttet et seks måneders opphold med kartlegging av føde-/nyfødtafdelingen og andre internasjonale aktører ved Mnazi Mmoja sykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristine Mørch (f. 1963)

er ph.d., spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer og overlege. Hun er leder for Nasjonal kompetansetjeneste for tropiske infeksjonssykdommer ved Haukeland universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Sachs JD. From millennium development goals to sustainable development goals. *Lancet* 2012; 379: 2206–11.
2. St.meld. 11 (2011–2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-11-20112012.html?id=671098 [10.12.2012].
3. Nita Kapoor. Fredskorpset, Ny programstrategi. www.fredskorpset.no/Webdokumenter/Program/Ny-programstrategi.pdf [12.10.2012].
4. Helse Bergen. Strategi for internasjonalt samarbeid. Styredokument Helse Bergen sak 37/ 10b 12 A.D. www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/internasjonalt-samarbeid/Documents/Strategi%20for%20internasjonalt%20samarbeid%20NETT.pdf [12.10.2012].
5. The UNDP Human Development Report Office. Human Development Report 2011 Sustainability and Equity: a better future for all. http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Complete.pdf [12.10.2012].
6. ILO SSD. Social Protection Expenditure and Performance Review and Social Budget. www.social-protection.org/gimi/gess/ResShowResource.do?resourceId=16253 [12.10.2012].
7. Zanzibar Health Sector Performance Report 2010/2011. Zanzibar: The revolutionary government of Zanzibar, Ministry of Health, 2011: 1.
8. UNICEF. Definition of indicators. www.unicef.org/infobycountry/stats_popup2.html [12.10.2012].
9. Nutrition Topics WHO. www.who.int/nutrition/topics/en/ [12.10.2012].
10. Aregawi MW, Ali AS, Al-mafazy AW et al. Reductions in malaria and anaemia case and death burden at hospitals following scale-up of malaria control in Zanzibar, 1999–2008. *Malar J* 2011; 10: 46.
11. Norway the official site in Tanzania. Opening of Haukeland House. www.norway.go.tz/News_and_events/Opening-of-Haukeland-House/ [18.12.2012].

Mottatt 9.7. 2012, første revisjon innsendt 15.10. 2012, godkjent 3.12. 2012. Medisinsk redaktør Merete Kile Holtermann.